
**Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische
Chirurgie
und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO)**

AWMF-Leitlinien-Register**Nr. 033/033****Entwicklungsstufe:****1****nicht aktualisiert****Zitierbare Quelle:**

Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopäd. Chirurgie + BV d. Ärzte f. Orthopädie (Hrsg.) Leitlinien der Orthopädie, Dt. Ärzte-Verlag, 2. Auflage, Köln 2002

Hüftdysplasie

Synonyme:

Luxationshüfte, Luxatio coxae congenita, congenital dislocation of the hip (CDH), developmental dysplasia of the hip (DDH), Hüftreifstörung, dysplastische Hüfte

Schlüsselwörter:

Hüftdysplasie, angeborene Hüftluxation, Hüftgelenk

Definition

Bei der Hüftdysplasie handelt es sich um eine angeborene Reifungsstörung der Hüftpfanne.

Epidemiologie

Die Hüftdysplasie ist die häufigste angeborene Skelettfehlentwicklung, wobei regional unterschiedliche Häufungen beobachtet werden. Das Geschlechtsverhältnis weiblich zu männlich beträgt 6:1.

Ätiologie, Pathogenese

Die Ätiologie ist multifaktoriell (endogene und exogene Faktoren). Risikofaktoren sind Beckenendlage, familiäre Häufung sowie weibliches Geschlecht. Die primäre Störung besteht in einer Ossifikationsstörung des Pfannenerkers mit der möglichen Folge einer knorpeligen Deformierung, wobei eine Laxizität der Hüftgelenkscapsel und die postnatale Extension im Hüftgelenk begünstigend wirken. Dies kann zu einer

steilen, abgeflachten und nach kranial ausgezogenen Hüftpfanne führen. Unbehandelt kann es zur Dezentrierung des Hüftkopfes mit Subluxation, Luxation und Entwicklung einer Sekundärpfanne kommen (präarthrotische Deformität). Bei eingetretener Subluxation oder Luxation können das elongierte Ligamentum capitis femoris sowie die interponierte Gelenkkapsel ggf. ein Repositionshindernis darstellen. Bei der Hüftdysplasie wird vielfach eine verzögerte Ossifikation des Hüftkopfkernes beobachtet. Sekundär kann es zu Deformierungen des Schenkelhalses (coxa valga et antetorta) kommen.

Klassifikation

- Dysplasie, Subluxation, Luxation
- Nach sonographischen Kriterien Einteilung in 4 Stadien (nach Graf)
- Röntgenologische Einteilung: Grad I - V nach Tönnis und Brunken

Medizinische Schlüsselssysteme

ICD-10

Q65.2 Angeborene Hüftluxation

Q65.8 Dysplasie

Anamnese

Spezielle Anamnese

- Familiäre Belastung
- Sektio, Frühgeburt, Beckenendlage

Allgemeine Anamnese

- Weitere angeborene Anomalien

Diagnostik

Klinische Diagnostik

Inspektion

- Bewegungsarmut
- Faltenasymmetrie

Palpation

- Leere Pfanne (bei Luxation)

Funktionstests

- Stabilitätsprüfung (Ortolani, Barlow)

- Bewegungseinschränkung (Abspreizhemmung)
- Beinlängendifferenz

Apparative Diagnostik

Notwendige apparative Untersuchungen

- Hüftsonographie (möglichst beim Neugeborenen, obligat bei U3 in der 4. bis 6. Woche, sinnvoll bis zum Alter von ca. 1 Jahr, Beurteilungskriterien nach Graf)
- Röntgen Beckenübersicht (ab 9. Monat bzw. bei fehlender sonographischer Beurteilbarkeit)

Im Einzelfall nützliche apparative Untersuchungen

- Spezielle Röntgenaufnahmen (z.B. Rippstein, van Rosen)
- Arthrographie
- MRT, CT

Häufige Differentialdiagnosen

- Teratologische Hüftluxation
- Hüftdysplasie bzw. -luxation bei schlaffen und spastischen Lähmungen
- Hüftluxation bei Koxitis
- Angeborene Femurdefekte

Klinische Scores

Spezielle klinische Hüftscores existieren nur für die Spätfolgen der Hüftdysplasie.

Therapie

Ziele

- Bei Hüftdysplasie: Retention des Hüftkopfes, Nachreifung der Pfanne, Vermeidung einer Subluxation bzw. Luxation
- Bei Subluxation und Luxation: Reposition, Retention, Nachreifung der Pfanne, Vermeidung einer Reluxation

Behandlungsprinzipien

- Behandlung ist stadien- und altersabhängig
- Frühestmögliche Behandlung
- Schonende und möglichst funktionelle Behandlungsprinzipien zur optimalen Einstellung des Hüftkopfes in die Pfanne

Konservative Therapie

Die gute Mitarbeit der Eltern ist für den Behandlungserfolg mitentscheidend.

Beratung

- Aufklärung über die Erkrankung, deren Verlauf und dessen Beeinflussbarkeit durch konservative, operative und rehabilitative Maßnahmen
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen

Reposition

- Manuelle Reposition (nur in den ersten Lebenstagen und wenn Ortolani positiv)
- Längsextension, Overhead-Extension
- Funktionelle Repositionsorthesen (z.B. Pavlik-Bandage)

Retention

- (Breites Windeln)
- Bandagen und Orthesen (z.B. Spreizhose, Spreizbandage, Beuge-Spreizbandage)
- Gipsverband (z.B. Fettweisgips)

Die Entscheidung für eines der genannten Retentionsverfahren hängt vor allem von dem Stadium der Erkrankung und dem Ausmaß der Instabilität ab.

Physikalische Therapie

- Krankengymnastik, ggf. auf neurophysiologischer Grundlage

Orthopädietechnik

- Bandagen und Orthesen (s.o.)

Operative Therapie

Ziele

- Zentrierung des Hüftkopfes
- Stabilisierung des Gelenkes
- Normalisierung pathologischer Pfannenwinkel
- Normalisierung pathologischer Schenkelhalswinkel

Allgemeine Indikationskriterien

- Stadium der Erkrankung
- Lebensalter
- Bisherige konservative Therapie
- Sitz- und Stehfähigkeit
- Sonstige Erkrankungen (mit Auswirkung auf Operations- bzw. Narkosefähigkeit)

Indikationen

- Ausgebliebene Reposition
- Restdysplasie der Hüftpfanne
- Sekundärveränderungen des koxalen Femurendes

Kontraindikation

- Fehlende Operations- bzw. Narkosefähigkeit

Häufige Operationsverfahren

- Operative Reposition
- Korrekturosteotomie am Becken (z.B. Azetabuloplastik, Salter-Osteotomie, Triple-Osteotomie, Beckenosteotomie nach Chiari)
- Korrekturosteotomie am proximalen Femur (z.B. varisierende und derotierende intertrochantere Osteotomie)

Planung und Vorbereitung

- Aktuelle Röntgenaufnahmen
- Winkelmessung an Becken und proximalem Femur
- Adäquate Instrumente und Implantate (u.a. Winkelplatten in ausreichender Zahl und Größe)

Patientenaufklärung

(bei Kindern beide Elternteile)

- Dauer der Behandlung
- Gefahr der Reluxation
- Hüftkopfnekrose
- Bewegungseinschränkung
- Spätschäden (vorzeitige Arthrose)

Mögliche Folgen und Komplikationen

- Allgemeine Risiken und Komplikationen:
 - Gefäß- und Nervenverletzungen
 - Druckschaden durch postoperative Gipsbehandlung
 - Wundinfektion
- Spezielle Folgen und Komplikationen:
 - Reluxation
 - Bewegungseinschränkung
 - Beinlängendifferenz
 - Unterkorrektur, Überkorrektur, Korrekturverlust
 - Hüftkopfnekrose
 - -Spätschäden (Arthrose)

Stufenschema Therapeutisches Vorgehen

Orientierungskriterien

- Erkrankungsstadium

- Patientenalter
- Compliance der Eltern

Stufe 1 ambulant

Beratung, Behandlung der Dysplasie, regelmäßige Kontrollen

Stufe 2 ambulant/stationär

Beratung, Behandlung der Subluxation

Stufe 3 stationär

Reposition, Retention, Operation

Prognose

- Die Prognose ist umso besser, je früher die Behandlung beginnt.
- Bei eingetretener Subluxation bzw. Luxation hängt die Prognose wesentlich davon ab, ob es gelingt, eine stabile zentrierte Hüfte mit guter tragfähiger Überdachung des Hüftkopfes zu erreichen.

Prävention

Konsequentes Neugeborenencreening (klinisch und sonographisch).

Perspektiven, Ausblick

Offene (interventionelle) Kernspintomographen ermöglichen voraussichtlich funktionelle Gelenkuntersuchungen unter nahezu Echtzeitbildgebung. Bei weiterer Verbesserung dieser Technik können im offenen MRT möglicherweise Repositionshindernisse identifiziert sowie die Operationsplanung optimiert werden.

Literatur:

- Tönnis D: Die angeborene Hüftdysplasie und Hüftluxation in Kindes- und Erwachsenenalter. Grundlagen, Diagnostik, konservative und operative Behandlung. Springer, Berlin Heidelberg New York 1984
 - Graf R: Sonographie der Säuglingshüfte. Enke Stuttgart 1989
-

Verfahren zur Konsensbildung:

Expertengruppe der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

Autoren

K.-J. Schulze, P. Schuler, U. Maronna, L. Jani, G. P. Lenz

Erstellungsdatum:

29. April 2001

Letzte Überarbeitung:

01. April 2002

Nächste Überprüfung geplant:

Zurück zum [Index Leitlinien Orthopädie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungs begründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 01. April 2002

© Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code optimiert: 09.07.2003 11:50:33